

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE — COMISSÃO DE PERITOS EM LEPROSA

II Relatório

A Comissão de Peritos em Leprosia reuniu-se em Gênova, de 3 a 8 de agosto de 1959.

O Dr. P. Dorolle, Diretor Geral substituindo o Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde, deu boas vindas aos membros da Comissão.

A Comissão elegeu o Dr. H. W. Wade, Presidente; Cel. Médico da Reserva P. Laviron, Vice-Presidente e Dr. J. A. Kinnear Brown, Relator.

1. INFECTIVIDADE E MEIOS DE DISSEMINAÇÃO DA LEPROSA

A Comissão considera que são três os fatores principais na propagação da leprosa:

- 1) Grau de infecciosidade do doente;
- 2) Suscetibilidade da pessoa exposta à infecção;
- 3) Tipo de contato.

Grau, de infecciosidade do doente

É geralmente aceito que os casos lepromatosos são os mais infectantes. Entretanto, a presença de altos índices de prevalência da leprosa, a par de baixos índices lepromatosos em alguns países, não pode confirmar serem os casos lepromatosos as únicas fontes de infecção; o grupo borderline, tuberculóide reacional e alguns casos indeterminados possuem, evidentemente, certo grau de infecciosidade.

Numerosas evidências levam a crer que o verdadeiro caso tuberculóide polar não é, via de regra, infeccioso. Por exemplo, Fernandez, num período de 15 anos, não pode descobrir um único caso de infecção, num grande grupo de crianças comunicantes deste tipo de leprosa. No Brasil, entre 40.000 contatos, não apareceu um único caso de leprosa entre os expostos somente ao verdadeiro tipo tuberculóide polar. Doull e colegas têm demonstrado que o contato com esse tipo de leprosa não expõe a riscos maiores a que está exposta, normalmente, toda a população. Tais observações, afirmam, referem-se ao contato com o verdadeiro tipo tuberculóide polar.

A Mesa Executiva em sua 25ª sessão adotou as seguintes resoluções:

1. Tomar nota do II Relatório da Comissão de Peritos em Leprosia;
2. Agradecer aos membros da Comissão pelo trabalho feito e
3. Autorizar a publicação do relatório.

A Comissão recomenda cuidadoso exame bacteriológico dos doentes não lepromatosos, principalmente os do grupo indeterminado, pois alguns deles podem ser infecciosos.

Suscetibilidade das pessoas expostas à infecção

A lepra, mesmo a lepromatosa, não parece ser infecciosa à maioria dos indivíduos. A média de infecção conjugal é baixa, bem assim entre pessoas que trabalham por longos anos em contato direto com grande número de doentes; nem tôdas as crianças expostas a tais casos desenvolvem lepra clínica.

Por outro lado, há doentes que nunca tiveram contato íntimo com fontes de infecção. Além disso, tem aparecido casos de lepra em pessoas que estiveram em áreas endêmicas somente em curtas visitas. Por essas razões considera-se que a suscetibilidade natural do indivíduo desempenha papel importante no desenvolvimento ou não da doença.

Em alguns centros tem-se observado que mais de 40% das crianças em contato íntimo com pais lepromatosos contraem a lepra. Entretanto, muitas crianças infectadas possuem alto grau de resistência e nelas a moléstia desaparece espontaneamente.

A concomitância de alta suscetibilidade e alto grau de resistência explica o tipo de lepra na África e em outros lugares onde se pode observar alta prevalência com baixos índices de casos lepromatosos, como por exemplo na epidemia da ilha Nauru.

A suscetibilidade natural é mais acentuada na infância, porém, em pequena proporção de indivíduos, não diminui com a idade. Nesta minoria que não perde a suscetibilidade, a lepra clínica pode se desenvolver a qualquer tempo.

Tipo de contato

O tipo de contato (familiar, vizinhança, etc.) desempenha importante papel na disseminação da lepra. A Comissão recomenda que se empreendam novos estudos nas áreas rurais sobre a infecciosidade dos diferentes tipos de contato e a influência de outros fatores locais.

2. A REAÇÃO LEPROMÍNICA

A reação lepromínica é de reconhecido valor como teste da resistência do indivíduo ao bacilo da lepra; estabelece um critério para classificação dos casos e indicação do prognóstico e da relativa resistência dos contatos.

Entretanto, persistem ainda vários problemas ligados à lepromino-reação, tais como a padronização do antígeno e a crescente escassez de material para sua preparação, consequência dos efeitos da quimioterapia sobre a doença.

Antígenos

Há três pontos a atingir na preparação do antígeno: 1) o máximo possível de utilização dos elementos bacilares dos lepromas empregados; 2) simplicidade na técnica de preparação e 3) possibilidade de padronização.

Tipos e nomenclatura. Há muita confusão na literatura por falta de terminologia para especificação dos antígenos empregados.

A lepromina original ou "comum" de Mitsuda e Hayashi é uma suspensão do leproma, incluindo os elementos teciduais que passam no filtro. É chamada, algumas vezes, "lepromina integral".

Tem-se preparado "suspensões purificadas de bacilos" mais ou menos isentas de elementos teciduais, sem modificações radicais na composição química dos corpos bacilares. Essas preparações são, algumas vezes, denominadas "lepromina bacilar".

Os antígenos constituídos de proteínas solúveis do bacilo, com ou sem proteínas do leproma e não coaguladas pelo aquecimento, induzem somente à reação precoce. Para distingui-los devem ser chamados "leprolinas".

Um antígeno bem conhecido é a suspensão bacilar isenta de lipídios, idealizada por Dharmendra para verificar a reação precoce; provoca uma diminuição da severidade da reação tardia. Devido a essa modificação de antigenicidade, deve ser mencionada como "antígeno de Dharmendra". Este produto não é nem a lepromina acima referida nem leprolina.

A diferença fundamental entre leprominas e leprolinas, é que estas últimas induzem somente à reação precoce (Fernandez), indicativa de hipersensibilidade pré-existente e não sensibilizam por si, ao passo que as primeiras induzem à reação precoce e também à tardia (Mitsuda) e — sendo o teste uma forma de "microvacinação" — afetam o estado imunológico do indivíduo. Em conseqüência, pessoas negativas ao primeiro teste podem apresentar reações positivas a um segundo teste ou mais.

Para testagem de rotina recomenda-se o tipo de lepromina de Mitsuda-Hayashi, empregando de preferência a técnica introduzida por Wade (WHO Techn. Rep. Ser., 1953, 71), que produz maior quantidade de antígeno com o mesmo número de lepromas empregados na técnica original.

A seleção e a preparação dos lepromas são de suma importância na preparação da lepromina.

1) Devem ser examinados um ou mais esfregaços de cada partida, de preferência antes de ser autoclavada, para certificar-se de que contém bacilos em abundância. Deve-se rejeitar as partidas pobres.

2) O material deve ser completamente limpo de todo o tecido estranho ao leproma, de preferência depois de autoclavado, porque então poderá ser identificado e removido mais facilmente.

3) Cada lote de lepromina deve ser preparado de lepromas de vários doentes, pois os bacilos de casos diferentes diferem em condições e, presumivelmente, até certo ponto, em antigenicidade. Essa mistura de lepromas é uma tentativa para se conseguir um nível regular de uniformidade.

Purificação

A lepromina comum ou "integral" é mencionada como um produto cru, no sentido depreciativo do termo, por conter elementos teciduais do leproma; entretanto, a experiência adquirida com o seu emprêgo através dos anos, desde sua introdução, leva a crer que essa objeção é mais em teoria do que na prática.

Entre os métodos idealizados para purificação de suspensões bacilares destacam-se os baseados nas diferenças de gravidade específica (Fernandez e Olmos Castro) e no emprêgo da tripsina (Lew e Carpenter), porém são trabalhosos e de alto desperdício. A extração do bacilo do leproma pelo clorofórmio e a recuperação mediante suspensão em éter (Dharmendra)

remove os lipídios e modifica a antigenicidade do bacilo. Os produtos obtidos mediante extração pelo clorofórmio, sem tratamento subsequente, com éter (Lowe, Wade), revelaram produzir reações tardias mais fracas do que com a lepromina comum e não tem demonstrado vantagens de qualquer espécie.

Alguns pesquisadores acreditam não haver necessidade da remoção dos elementos teciduais, principalmente porque as células leprosas estão impregnadas dos produtos do metabolismo do bacilo e da desintegração dos antigos. Recomenda-se, todavia, que se façam mais investigações para chegar a uma conclusão final.

A este respeito convém notar que vários autores têm relatado a produção de reações tardias com suspensões de tecido normal em casos tuberculóides, porém não em lepromatosos. Esses resultados são incompreensíveis e merecem estudos mais prolongados.

Diluições

A crescente escassez de lepromas para preparação de lepromina tem despertado o interesse sobre a possibilidade de se empregar diluições mais elevadas do que as suspensões de lepromas 1/20 geralmente usadas.

A experiência tem demonstrado que as altas diluições que servem para testar casos de lepra não são próprias para testar contatos ou pessoas normais em trabalho de campo. Entretanto, segundo alguns autores, é possível empregar diluições duas ou três vezes maiores que a diluição normal (i.é. 1/40 ou 1/60). As experiências sobre essa diluição podem ser feitas em grandes grupos de indivíduos de todas as classes, com controle apropriado, para determinar limite máximo de diluição desejável.

Sobre este assunto há a questão da validade de tais testes comparativos no mesmo indivíduo, porque a reatividade induzida pela dose completa pode acentuar o efeito da diluição. Deve-se procurar uma resposta a esta questão. Por enquanto recomenda-se que para comparar o valor da diluição com lepromina normal usem-se grupos separados de indivíduos, estritamente comparáveis em idade e outros fatores e em número suficientemente grande para compensar a variabilidade individual.

Há um recente e interessante trabalho (Kinnear Brown) em que a lepromina foi usada em várias diluições e em veículo de depósito de lanolina anidra e óleo de parafina, introduzido na pele pela multipuntura com o aparelho de Heaf. Este método deve ser estudado nas duas formas de lepra e em indivíduos sãos, principalmente crianças.

Padronização

A padronização da reação de Mitsuda depende, em primeiro lugar, do número de corpos bacilares de cada dose do teste.

Fixar a proporção do material-leproma e do diluente carbol-salino não significa, no sentido real, a padronização do produto, não importa quão padronizada seja a técnica de preparação. A padronização biológica não é possível com antígenos de bactérias humanas para reações tardias, como acontece com as proteínas solúveis (tuberculina, leprolina) usadas para reações de hipersensibilidade precoce. A nefelometria não é aplicável porque, em grande parte, a opacidade se deve aos elementos teciduais, fator muito variável de lote para lote. Não é possível uma acurada contagem dos bacilos em lepromina comum por causa do agrupamento em globias e aglomerados.

O método de padronização pela comparação visual ao microscópio, de esfregaços de um lote de lepromina com outro mais recente, introduzido por Muir em 1933, é o método geralmente usado, mas os resultados podem ser apenas aproximados.

No método atual de contagem, proposto por Hanks, uma pequena amostra de lepromina é desagregada pelo clorofórmio. Se este método for praticável em laboratórios comuns, poderá ser uma solução satisfatória para o problema.

Entretanto, sugere-se que a OMS entre em ajuste com um laboratório central para preparação de um lote padrão de lepromina, de modo que os laboratórios particulares remetam a ele amostras de seus produtos para comparação com esse lote padrão pelo método comum de exame de esfregaço. Por este meio seria possível diminuir as variações que sem dúvida existem nas leprominas preparadas nas diversas partes do mundo.

Leitura de reações

Não há discordância quanto à leitura da reação precoce (Fernandez) entre as recomendações da Comissão de Peritos em Lepra no seu primeiro relatório e as do último Congresso Internacional.

Há discordância sobre o limite mínimo de positividade da reação tardia (Mitsuda). Todas as Conferências têm seguido Hayashi no que diz respeito a considerar como positiva a reação de 3 mm ou mais, de diâmetro, porém a Comissão de Peritos recomendou que seja considerado como limite mínimo de positividade mais de 4 mm; os que medirem 4 mm ou menos serão duvidosos ou negativos. Os especialistas de certos países (Japão, Brasil) advogam dimensões ainda maiores para o limite mínimo. A Comissão recomenda que a questão fique em suspenso, dependendo de mais estudos histológicos das lesões da reação, como foi sugerido pelo VII Congresso Internacional de Tóquio. As reações interpretadas como duvidosas (+) seriam consideradas negativas. As reações 1+ seriam consideradas positivas.

Relatórios recentes mencionam reações positivas mais ou menos frequentes em casos lepromatosos, especialmente naqueles submetidos a tratamento sulfônico. Este ponto deve ser investigado para determinar a razão de tais reações. Deve-se considerar a possibilidade de que esses casos teriam sido de natureza "borderline" originados do tipo tuberculóide. Tais reações nos casos lepromatosos devem ser estudadas histologicamente, tendo em vista a possibilidade de representarem o fenômeno "isopático" de Sagher.

Fatores determinantes da reatividade

Nas pessoas normais, a reação de Mitsuda varia conforme a idade e o local. É geralmente aceito que os indivíduos podem ser "condicionados" a reagir em maior número ou mais alto grau, pelo contato (infecção) com o *Myco. leprae* (específico) e o *Myco. tuberculosis*, incluindo BCG (não específico, reação cruzada).

Certos pesquisadores têm sugerido que esse condicionamento pode ser também produzidos por fatores que induzem baixo grau de reatividade "não específica, adquirida naturalmente" a grandes doses de tuberculina, o que tem sido estudado por equipes da OMS em vários países, nos últimos anos. Muitos observadores crêem que este resultado é produzido pela presença da bactéria no meio ambiente, mais abundante em certas regiões do que em outras e mais na zona rural do que na urbana. Sugere-se que os estudiosos da lepromina considerem esta possibilidade.

3. O BCG E A QUIMIOTERAPIA NA PREVENÇÃO DA LEPRO

A Comissão reconhece a importância de qualquer método que ajude a premunizar os comunicantes contra o desenvolvimento da moléstia. Os dois principais métodos estudados são a vacinação pelo BCG e a administração regular de pequenas doses de DDS.

3.1 *A vacinação pelo BCG na profilaxia*

A experiência tem demonstrado que o BCG pode induzir a positividade lepromínica em elevada percentagem de indivíduos sadios. Essa positividade aumenta, também, espontaneamente, com a idade. Em indivíduos sadios, a vacinação pelo BCG pode acelerar o desenvolvimento da positividade, o que talvez beneficie os comunicantes sãos.

Já foi também demonstrado, que a repetição do teste lepromínico pode modificar o estado imunológico e determinar a reatividade lepromínica, embora em menor escala e com menos intensidade que o BCG.

A eficácia do BCG na prevenção da lepra não foi ainda demonstrada de maneira conclusiva porque:

(a) a maior parte das experiências foi realizada em escala muito diminuta e geralmente sem planejamento estatístico adequado;

(b) muitas dessas experiências foram iniciadas há muito pouco tempo para que se possa avaliar seus resultados.

Entretanto, a becegeização bem conduzida de comunicantes tuberculinonegativos é inofensiva e confere um certo grau de proteção contra a tuberculose.

Em face desses fatores, a Comissão considera que não há impedimento ao emprêgo da vacinação pelo BCG nas campanhas antileproticas realizadas em países que disponham de recursos suficientes. Em tais países, poder-se-ia realizar simultaneamente a campanha antileprotica e a becegeização dos comunicantes tuberculino-negativos.

Nos países que se ressentem da insuficiência de pessoal e de recursos financeiros, entretanto, não se deverá desviar atenção dos trabalhos de controle para incluir a vacinação dos comunicantes.

Onde já se realizam campanhas de calmetização, pode suceder que os indivíduos vacinados fiquem simultaneamente premunizados contra a tuberculose e a lepra. Talvez nos próximos anos, os trabalhos já realizados ou em andamento, forneçam dados indicativos sobre a eficácia do BCG na profilaxia da lepra*.

3.2 *A quimioterapia na profilaxia*

Paralelamente, têm sido realizadas experiências para se verificar se a administração regular de sulfona em pequenas doses pode proteger os comunicantes. Os resultados obtidos, até o momento, não são considerados suficientemente convincentes ou significativos.

* A Comissão salienta que, até dezembro de 1958, foram vacinadas mais de 85 milhões de pessoas, em campanhas patrocinadas pela OMS e "UNICEF".

3.3 Sugestões para estudo

3.3.1 Se a vacinação pelo BCG conferir uma parcela qualquer de proteção contra a infecção leprótica, é de se esperar que as campanhas antituberculose que estão sendo realizadas em grande escala em vários países onde a lepra é endêmica, reduzam sua incidência.

Uma investigação sobre a eficácia da becegeização contra a tuberculose, que vem sendo planejada pela OMS, poderia fornecer dados sobre o efeito da vacinação também sobre a lepra, se um elemento adestrado na identificação de casos dessa moléstia fôsse incorporado ao grupo da tuberculose.

Essa investigação, a ser realizada na Índia, compreende a comparação de comunidades de determinada área, sendo que em algumas delas — distribuídas ao acaso — se fará a vacinação e em outras não. Na região selecionada existem cerca de 200 blocos comunais, sendo que grupos de 10, aproximadamente, serão destinados a esquemas de controles diversos. Através do censo da prevalência, realizado preliminarmente em 10 blocos, estimar-se-á a prevalência total da moléstia. Terá início então, nos blocos escolhidos, a execução do plano. Posteriormente, decorrido o espaço de tempo que fôr considerado recomendável (e.g., cinco anos), a prevalência exata será verificada em todos os blocos. Comparar-se-á, então, a que fôr encontrada nos blocos-contrôle e de tratamento — que será relacionada, por sua vez, com aquela apurada no início.

Foi calculado pelos técnicos em estatística, que ainda que 50% da população deixe de habitar um bloco-contrôle, poderá ser calculado o efeito das medidas de contrôle.

A Comissão recomenda com empenho, que o efeito da becegeização sobre a lepra seja incluído neste projeto.

3.3.2 Teria resultado muito importante e exato, uma experiência-modélo levada a efeito em duas ou três áreas rurais, com o objetivo de avaliar o efeito de medidas profiláticas. Seria necessário que tanto a prevalência total como a proporção da forma lepromatosa sejam elevadas. Numa experiência dessa natureza, seria possível realizar um estudo comparativo dos efeitos da becegeização e da quimioprofilaxia. Tal experiência seria realizada, em linhas gerais, como segue:

Tomar-se-ia um grupo de comunicantes com idade não superior a 9 anos, em contato íntimo com casos lepromatosos ou outras formas abertas. Limitou-se a 9 anos a idade dos componentes deste grupo, para evitar a alteração das condições de vida que sóem ocorrer depois dos 15 anos e que poderiam influir no tipo de contato.

(I) Este grupo seria previamente testado com tuberculina em pequena dose (1 T.U.), mas não com lepromina. Os comunicantes tuberculino-negativos seriam divididos em três grupos:

- (a) um grupo-contrôle, sem qualquer tratamento;
- (b) um grupo vacinado pelo BCG, de acôrdo com as regras estabelecidas pela OMS;
- (c) um grupo tratado com metade da dose terapêutica de sulfona.

Seria aconselhável, se possível, incluir um quarto grupo daqueles tuberculina-negativos, os quais receberiam concomitantemente a vacinação BCG e o tratamento sulfônico, para se constatar o efeito de medidas combinadas.

(II) Os comunicantes tuberculino-positivos seriam divididos em dois grupos:

(a) um grupo-contrôle, para demonstrar o papel da infecção tuberculosa natural, na proteção contra a lepra;

(b) e outro grupo que receberia a sulfonoterapia profilática, da mesma forma que o grupo tuberculino-negativo (c) retro, para revelar as diferenças devidas à quimioprofilaxia isolada ou associada com a infecção tuberculosa.

Para uma análise adequada dos dados coligidos, cada grupo deveria compor-se de 100 indivíduos, pelo menos, e os registros cuidadosamente planejados e mantidos, com assistência estatística.

As crianças que nascessem entre essas famílias durante a realização da experiência, deveriam ser divididas de forma adequada entre os grupos experimentais.

Ao finalizar-se a experiência, depois do período pré-determinado (não inferior a 5 anos), todos os grupos seriam submetidos à prova lepromínica.

3.3.3 Tem sido sempre indagado se é possível determinar, numa área coberta por uma campanha de BCG, sem prévio conhecimento da prevalência da lepra, se aquela campanha influenciou ou não na incidência dessa moléstia. Não parece possível chegar-se a uma conclusão, se se tratar de uma área isolada, sem um ponto de referência. É possível, entretanto, se se compararem as observações de uma zona em que foi levada a efeito a vacinação, com aquelas obtidas em outras zonas similares sob todos os aspectos, exceto quanto àquele da campanha de vacinação.

4. CONTRÔLE DA LEPROLOGIA

Definição de termos

Investigação preliminar — É uma investigação realizada por uma ou mais pessoas, devidamente treinadas, com o propósito de conseguir uma idéia geral sobre a distribuição da doença e a extensão do problema em determinado território. Visa descobrir as áreas de alta prevalência e escolher o local para o programa de descobrimento de casos. Deve-se fazer uso de tôdas as informações possíveis.

Programa de descobrimento de casos — É um programa de busca minuciosa de casos de lepra e de contatos, tendo em mira levar cada paciente a se submeter a tratamento e manter os contatos familiares sob vigilância.

Inquérito epidemiológico — Compreende o estudo planejado e desenvolvido sob orientação de estatísticos, e deve incluir informações sobre todos os detalhes de importância (tipo e duração da moléstia, distribuição por sexo e idade, alimentação e clima), de modo a obter uma acurada coleta de dados para avaliação do problema.

Projeto-pilôto — É um projeto numa área limitada para servir de guia para um plano maior ou uma campanha, com o fim de:

- a) treinar o pessoal, especialmente no princípio da campanha;
- b) adaptar às condições locais o pessoal médico, administrativo e os técnicos de campo.

Os projetos-pilôto são levados a efeito por pessoal médico especializado, ajudado por enfermeiras treinadas, pessoal de saúde pública, auxiliares médicos e pessoas treinadas em educação sanitária. Esses projetos precedem a campanha e podem continuar durante ela.

Área-piloto — É a área geográfica na qual um projeto-piloto é realizado. E também uma área na qual se pode fazer investigações mais detalhadas.

Campanha em massa — Consiste na realização de um programa de descobrimento de casos, em larga escala, em áreas altamente endêmicas, com tratamento dos casos registrados, por métodos padronizados. Neste trabalho pode-se empregar pessoal paramédico, supervisionado por médicos. (Detalhes sôbre tratamento em massa encontram-se no título "Terapêutica").

Métodos de organização de campanhas contra a lepra

Os métodos a serem adotados serão diferentes, de acordo com o índice de prevalência e as condições econômicas e sociais. Cada país adotará o método apropriado às suas circunstâncias.

A Comissão encarece a necessidade de se estabelecer um serviço central de lepra onde quer que se pretenda organizar uma campanha. O chefe desse Serviço deve ser um leprologista com conhecimento de administração pública, cujo cargo deve ser equiparado ao dos padrões mais elevados das autoridades do serviço de saúde do país.

Para enfrentar o problema do combate à lepra não é necessário esperar até que haja numeroso pessoal especializado em alto nível. Pode-se iniciar o trabalho de campo com um pequeno grupo de pessoal paramédico, aumentando-o à medida que a campanha se desenvolve. Deve-se envidar esforços para que a campanha, finalmente, se integre nos serviços gerais de saúde pública.

De acordo com a experiência em várias campanhas, elas se constituem de três fases:

1) *Fase de ataque*

a) A campanha de combate à lepra deve se iniciar com o descobrimento de casos e seu tratamento. O descobrimento de casos será mais eficiente à medida que o público fôr se convencendo da eficácia do tratamento sulfônico. Será desenvolvido do seguinte modo:

b) O exame em massa de toda a população é o melhor meio para a investigação de casos de lepra, particularmente aqueles ainda em início. Pode-se utilizar as concentrações da população como as que se usam em campanhas contra a boubá, inquéritos de tripanosomíase, vacinação contra a variola, etc.

c) Em alguns países onde as circunstâncias forem favoráveis pode-se fazer os descobrimentos de casos em visitas domiciliares, casa por casa.

d) Em países de baixa ou média prevalência, a vigilância dos contatos é o melhor método. Em países onde a lepra é hiperendêmica, este método seria muito dispendioso, pois, praticamente, toda a população seria considerada como contato.

e) Outro método que pode ser empregado é o de se examinar grupos selecionados da população, como por exemplo recrutas do exército, operários de fábricas ou escolares.

2) *Fase de consolidação*

Esta fase segue a precedente, tão logo seja concluído o trabalho de descoberta de casos. A lepra é uma doença crônica, cujo tratamento se

prolonga por vários anos. O controle dos casos é a parte mais importante da fase de consolidação.

Os meios para se assegurar o tratamento regular dos casos registrados são:

- a) equipes móveis, por ex. por automóvel, bicicleta ou outros meios de transporte;
- b) ambulatórios, que serão visitados pelo pessoal paramédico encarregado do tratamento em dias pré-fixados;
- c) dispensários de doenças da pele;
- d) ambulatórios itinerantes de moléstias da pele (unidades móveis);
- e) colônias de doentes, em países de população esparsa onde o uso de equipes móveis seja impraticável;
- f) uma unidade para controle, educação sanitária e tratamento (S.E.T.) nas proximidades de um hospital geral, dispensário ou Centro de Saúde (em lugares onde há dificuldades, o trabalho pode ser feito por pessoal paramédico assistido por um médico) ;
- g) um grupo de trabalho, como é feito no Brasil, dirigido por um leprologista que supervisiona o trabalho dos médicos não especializados e alguns auxiliares sanitários;
- h) todas as instituições não governamentais que possam cooperar, desde que aceitem as normas e a direção das autoridades sanitárias.

A função das instituições de lepra será considerada mais tarde.

3) Fase de integração

Os Centros de Saúde, quando bem instalados, poderão ter a seu cargo o tratamento de doentes de lepra.

No começo a descoberta de casos e os reexames de verificação serão realizados por pessoal especializado em lepra, porém havendo completa integração podem ficar a cargo dos serviços gerais de saúde, por meio dos Centros.

A extensão das campanhas iniciadas com projetos-piloto só deve ser encarada quando houver possibilidade de recursos financeiros e de pessoal.

Funcionamento de áreas-piloto e projetos-piloto

As áreas-piloto seriam estabelecidas para avaliação dos resultados de campanhas em massa, em países que as organizem cobrindo todo o território. Em muitos outros, os projetos-piloto são o único meio eficiente de iniciar as campanhas, dilatando-as gradualmente até cobrir todo o país. No estabelecimento de uma área-piloto, deve-se ter em mente as seguintes regras:

a) Não deve ser maior do que 20.000 km². Áreas maiores não podem ser facilmente cobertas pelos serviços de saúde que dão tratamento a todos os doentes nem podem ser regularmente inspecionadas pelo médico sanitário, chefe da área.

b) A população da área não deve exceder de 500.000. A área-piloto de Khon Kaen, na Tailândia, com 600.000 habitantes, representa um máximo

já difícil de controlar. Onde haja população densa, a área-pilôto deve ser reduzida em tamanho.

c) A área-pilôto deve ser estabelecida onde a taxa de prevalência avaliada é mais alta do que a média para todo o país, nunca onde seja mais baixa.

d) No centro principal da área-pilôto deve haver um hospital ou leprosário com acomodações para os casos agudos e um laboratório equipado para realizar exames bacteriológicos e, se possível, histopatológicos.

e) O médico diretor da área-pilôto deve possuir conhecimentos de leprologia e de saúde pública, de modo a assegurar eficiente operação do projeto.

As funções da área-pilôto no princípio da campanha e durante o período de intensa atividade podem diferir daquelas julgadas necessárias na fase de consolidação. Os seguintes dados seriam providos pela área-pilôto:

1) *Durante o inquérito inicial:*

- a) mapa da região, com indicação numérica da população, distribuição em vilas, comunicações, localização dos centros de tratamento e itinerário das equipes móveis;
- b) censo de doentes, classificados cuidadosamente de acordo com a forma clínica, ou grupo, sexo, idade, grupo étnico e distribuição em zonas;
- c) censo dos doentes de lepra incapacitados, se possível classificados por grau de incapacidade;
- d) informação sobre todos os fatores epidemiológicos que podem ter contribuído para a situação geral (tratamento prévio, métodos de tratamento, vacinação prévia com BCG, etc.).

2) *Durante as atividades:*

- a) número de pessoas examinadas por ano;
- b) número de casos novos descobertos, classificados como acima;
- c) censo de contatos familiares dos doentes de lepra e os resultados de seus exames periódicos;
- d) número de casos, classificados como acima, submetidos a cada um dos esquemas de tratamento adotados (com indicação dos doentes que recebem tratamento regular)*;
- e) progresso do tratamento, avaliado pelos achados clínicos e bacteriológicos, número de casos dispensados como curados, número de recidivas — todos esses classificados em grupos, como acima;
- f) número de mortes e de transferências para outras regiões e casos dos quais se perdeu o controle. (É aconselhável averiguar a extensão emigratória de doentes).

* De acordo com a Conferência Inter-Regional da OMS em Tóquio e a Conferência de Lepra em Brazzaville, na África, o "tratamento regular" é assim definido: "Um doente que perfaz, pelo menos, 75% dos comparecimentos requeridos, deve ser considerado comparecendo regularmente".

3) *No final do projeto e em exame subsequente:*

- a) número de casos que continuam em tratamento;
- b) número de casos em observação, que permanecem sem tratamento;
- c) porcentagem de incapacidade residual;
- d) os resultados de reexame da população para prevalência total, como antes do início da campanha.

Pessoal das campanhas de lepra

O chefe nacional da campanha é responsável pela direção, treino e distribuição do pessoal e pela obtenção de dados estatísticos necessários para sua avaliação.

Deve haver um diretor em cada setor, que pode ser um médico com experiência em leprologia. Suas responsabilidades incluirão a distribuição de medicamentos, coleta de dados estatísticos e sua transmissão ao chefe nacional. Os setores terão extensões várias, conforme o país; podem ser Estados, Províncias, Divisões, etc.

Cada setor terá vários distritos, cada um sob a supervisão de um médico, que assistirá os trabalhadores paramédicos nas situações difíceis.

Em muitos países há duas ou mais categorias de pessoal paramédico e, pelo menos, duas graduações de preparo. Os mais qualificados terão competência para:

- a) fazer diagnóstico clínico de casos novos;
- b) reconhecer as reações aos medicamentos e a necessidade de suspender o tratamento;
- c) aplicar injeções intramusculares, retirar esfregaços da mucosa nasal ou das lesões da pele pelo método de rotina de escarificação;
- d) manter o registro de doentes, anotando os comparecimentos às sessões de tratamento, fazer relatório periódico dos que estão em tratamento regular, anotando os nomes dos faltosos, dos que iniciam o tratamento e dos que retornaram, mantendo o cadastro clínico dos novos casos e registrando os progressos dos doentes tratados.

O pessoal menos qualificado pode ter apenas instrução rudimentar. É suficiente que saiba escrever para registrar os nomes dos doentes, anotar o tratamento administrado e reconhecer as reações aos medicamentos, de modo a interromper o tratamento, quando necessário. Confiar-se-á a eles a administração do tratamento e os curativos. Devem possuir senso de responsabilidade que garanta consciencioso desempenho de suas tarefas.

Todo o pessoal paramédico deve ser instruído em educação sanitária, para poder prestar qualquer informação que se torne necessária aos doentes e suas famílias. Os trabalhadores sociais também devem cooperar na educação do povo acerca da lepra e da campanha.

Muitas pessoas, não especificadamente ligadas à campanha, podem cooperar eficazmente no tratamento de doentes e ajudar a que compareçam com regularidade. São elas:

- a) médicos de clínica particular ou de hospitais;
- b) médicos e pessoal sanitário das unidades rurais que podem administrar drágeas ou aplicar injeções;
- c) pessoas não médicas, com suficiente cultura e habilidade para educar, que podem encarregar-se da distribuição de drágeas.

Coleta dos resultados de campanhas contra a lepra

Certos países poderão fazer a avaliação da marcha da campanha, porém em outros — especialmente os que realizam campanhas em massa — será necessário ou aconselhável o auxílio da OMS por meio de uma equipe de assessoramento.

Esta equipe seria composta de um leprologista, um estaticista e completada com pessoal contratado na localidade.

Chegando ao país, após analisar os dados existentes, a equipe determinaria, em colaboração com a direção local, a área favorável para a campanha, selecionaria o pessoal e o instruiria sobre suas tarefas.

A equipe, por algum método de amostras tomadas ao acaso, examinaria uma secção da população total a ser assistida.

- a) o número de doentes de alta curados e número de recidivas;
- b) grau e tipo de incapacidade, de acordo com o esquema de classificação sugerido adiante;
- c) índice de prevalência;
- d) número de novos casos diagnosticados desde o começo ou implementação do projeto;
- e) resultados dos exames periódicos dos contatos;
- f) número total de casos tratados e dos tratados regularmente.

Para facilitar a análise estatística desses dados é necessário registrá-los cuidadosamente em fichas perfuradas, preparadas de antemão.

5. TERAPÊUTICA

A Comissão reconhece que a quimioterapia antileprótica em geral é baseada em drogas do grupo das sulfonas. Destas, a sulfona-mãe (DDS) é mais largamente aplicada devido à sua eficácia, facilidade de administração e baixo custo.

Outra vantagem do DDS é a de poder ser usado no tratamento dos doentes individualmente, a intervalos de acordo com o desejo ou conveniência, e também em campanhas, a intervalos relativamente maiores. Além disso, por sua baixa toxicidade em doses apropriadas, permite a administração por pessoal paramédico.

A Comissão admite que outras drogas, como por exemplo a tiosemicarbazona, têm sido reconhecidas como eficazes no tratamento da lepra. Foram realizadas investigações e outras estão em andamento sobre o emprego de compostos da tiouréia, diaminodifenilsulfoxida, derivados do mercaptan, a ação prolongada das sulfanilamidas e certos antibióticos. Algumas das comunicações sobre o uso dessas drogas são muito animadoras.

Tratamento em massa

É o termo aplicado ao tratamento de grande número de doentes com métodos padronizados, por pessoal paramédico, sob a supervisão de médicos.

Atualmente o DDS é o melhor medicamento para campanhas em massa. A opção entre drágeas e injeções depende das condições geográficas, das qualificações dos assistentes encarregados do tratamento, dos recursos fi-

nanceiros disponíveis e dos fatores sociais e psicológicos. A descoberta de novos preparados ou melhores meios de depósito podem influir na escolha, dosagem e periodicidade dos tratamentos atualmente empregados.

É conveniente que as drágeas sejam tomadas na presença do distribuidor. Entretanto, sob certas circunstâncias, não há outro modo senão confiar ao doente a quantidade necessária para continuar o tratamento em casa durante algum tempo que se procurará seja o mais curto possível. As drágeas devem ser dadas semanalmente, principiando com dose pequena, geralmente 50 mg e aumentando progressivamente até o máximo de 600 mg depois de algumas semanas.

As injeções de depósito de DDS em suspensão, que têm sido geralmente usadas, contém 0,125 g de DDS por ml. Podem ser administradas quinzenalmente, começando com a dose de 1 ml e aumentando progressivamente até a dose máxima de 5 ml. Em certos casos, para assegurar uma boa tolerância, a dosagem máxima pode ser menor do que esta.

Avaliação dos progressos durante o tratamento

A Comissão é de parecer que onde houver supervisão regular e exame de doentes em tratamento, realizados por pessoal médico, como por exemplo nos leprosários, hospitais, ambulatórios, i.é., quando houver assistência normal de médicos e enfermeiras ou eles mesmos examinem os doentes, deve-se observar determinado critério antes de decidir se houve melhora ou não, de modo a que se proceda a uma avaliação correta e racional, reduzindo ao mínimo os equívocos nas conclusões.

Sugere-se que o mínimo de elementos para avaliação inclua cuidadoso exame clínico e referência aos seguintes aspectos :

- a) exame bacteriológico;
- b) regressão das lesões e desinfiltração do eritema;
- c) o não aparecimento de novas lesões e cessação de evolução das antigas;
- d) a presença ou ausência de espessamento de nervos, debilidade e dores neurálgicas e a estabilização das áreas anestésicas;
- e) cessação ou resolução de quaisquer manifestações de reação;
- f) manutenção ou aumento de peso.

A êsses requisitos deve-se juntar, se possível, fotografias para comparação clínica.

Experimentos de novas drogas

Em cada experimento de nova droga deve haver um grupo controle em tratamento de valor comprovado, como o DDS, por exemplo. Tais experiências devem ser planejadas de acordo com as regras da estatística. Devem prosseguir por período nunca inferior a 2 anos e se referir aos diferentes tipos de lepra, entendendo-se que os doentes cujo estado se agravar ou os que não apresentarem melhoras em seu tipo depois de um tempo razoável, serão retirados da experiência. É preferível que os doentes não tenham tido qualquer tratamento anterior. Contudo, o fato de terem tido, de algum modo, outro tratamento, não deve necessariamente ser motivo de não serem colocados em qualquer dos grupos, enquanto o grupo controle e o de experiência forem comparáveis. A avaliação clínica deverá incluir

uma estimativa do quadro bacteriológico, de acordo com os índices previamente estabelecidos. Para melhor confirmação seria acompanhada por uma série de fotografias em branco e preto ou, se possível, coloridas.

A Comissão recomenda que a OMS colabore no controle das investigações terapêuticas que serão realizadas simultaneamente em alguns centros em várias partes do mundo.

Outrossim, a Comissão recomenda que as diretrizes a serem adotadas nas experiências, e métodos a serem observados, sejam delineados em protocolo preparado pela OMS. Incluiria todas as garantias necessárias, a bem do doente, particularmente com respeito à toxicidade do medicamento e sua tolerância.

6. REABILITAÇÃO DE DOENTES INCAPACITADOS

Definição

Por reabilitação compreende-se a recuperação física e mental, tanto quanto possível, de todos os doentes tratados e seu retorno às atividades normais, de modo a que possam reassumir seus lugares no lar, na sociedade e no trabalho. Para isso é necessário, naturalmente, o tratamento da incapacidade física, porém sempre acompanhado da educação do doente, da família e do público, de modo a que não somente possa retornar ao seu lugar, mas que a sociedade o aceite e o ajude em sua completa reabilitação.

A Comissão deseja salientar que reabilitar não é criar asilos para os aleijados. Na verdade é justamente o contrário, apesar de reconhecer que há alguns casos que devem ser abrigados em instituições (serão referidos como "casos residuais") que, por vários motivos (cegueira, falta de parentes, falta de domicílio, etc.) não seja possível restituir ao ambiente anterior.

Princípios gerais

A Comissão salienta a conveniência de que a reabilitação se processe nas proximidades em que o doente reside. Os Centros de Reabilitação poderiam ser usados, também, para treinamento de pessoal, para demonstrações e pesquisas. O ajustamento psicológico deve ser realizado durante o tratamento, pelas pessoas encarregadas de cuidar do doente. Finalmente o retorno ao lar e à sociedade será preparado pelos encarregados do programa de educação sanitária.

Extensão do problema

Pelos dados conseguidos calcula-se que 25% dos doentes são portadores de qualquer deficiência física, muitos deles precisando reabilitação. A reabilitação social e psicológica, entretanto, pode ser necessária mesmo para doentes sem incapacidades físicas. É conveniente proceder à determinação exata do grau de incapacidade. Essa estimativa deveria basear-se em dados obtidos de todos os países onde a lepra é endêmica, pois, ao que parece, a gravidade e natureza das incapacidades variam de um país para outro. Sugere-se, entretanto, que se solicite a esses países fazerem a determinação do número de incapacitados e a análise das deformidades de acordo com o esquema de classificação recomendado neste capítulo. Esta análise será de

maior utilidade se contiver informações sobre o tipo de lepra, o sexo e a idade dos doentes, pois não se sabe qual dos tipos polares é o mais vulnerável ou até que ponto os riscos da profissão e os hábitos das doentes contribuem para a natureza da deficiência produzida.

Métodos

A Comissão acentua que o tratamento precoce e especial cuidado à anestesia das mãos e pés poderão, sem dúvida, prevenir o desenvolvimento de deformidades.

Sob todos os pontos de vista é de urgente necessidade a educação dos doentes e empregadores. É possível que nem todo o pessoal paramédico tenha capacidade para realizar este trabalho. Entretanto, poderão ensinar aos doentes o cuidado com as mãos e os pés, como evitar machucaduras que facilmente ocorrem quando há anestesia, o cuidado com os mínimos ferimentos para impedir que se infectem e a redução de deformidades incipientes por meio de exercícios fáceis.

As deformidades mais avançadas devem receber tratamento fisioterápico e cirúrgico e a reeducação necessária. Na fase precoce da deformidade o tratamento fisioterápico pode, muitas vezes, tornar desnecessária a cirurgia. Outras vezes facilita o trabalho do cirurgião e proporciona melhores resultados pós-operatórios.

A fisioterapia aplicada depois da cirurgia restaura os movimentos das mãos e dos pés operados e auxilia na reeducação dos músculos obrigados a funções diferentes.

São poucos os cirurgiões com a experiência necessária e escasso o número de centros onde se possa praticar a cirurgia reparadora. Parece conveniente reservar este tipo de intervenções a cirurgiões especializados que deverão praticá-las, de preferência, em serviços especiais dos hospitais ou em clínicas e estabelecimentos onde se possa administrar tratamento fisioterápico antes e depois da operação.

A terapêutica ocupacional é necessária para aqueles aos quais a cirurgia ou fisioterapia não trará benefícios e para os operados, depois de completado o trabalho do cirurgião. Pode haver necessidade de se fazer adaptações especiais às condições de trabalho, incluindo o ajuste de ferramentas para os doentes cuja preensão se haja alterado em consequência da cirurgia. Deve-se ter em conta, ao adotar qualquer medida na terapêutica educacional, que ela não represente perigo, pois as mãos continuam sem tato e, portanto, sujeitas a ferimentos.

Todos esses métodos são complementares e a eles se deve acrescentar não somente as medidas sobre educação para reintegrar o indivíduo na sociedade com alguma confiança em si mesmo, mas também advertências sobre o cuidado constante que precisa ter com as mãos e os pés para que não sofram ferimentos graves em virtude dos movimentos e aptidões que lhes foram conferidos. Pegar em painéis muito quentes é um exemplo do que pode ocorrer a pessoas que estão começando a fazer uso das mãos ainda insensíveis.

Classificação de incapacidades

Para que se possa avaliar com precisão o grau de incapacidade, em países diferentes, a Comissão sugere o seguinte esquema de classificação e recomenda que, tanto quanto possível, sejam considerados o tipo de lepra, a idade e o sexo dos doentes.

ESQUEMA DE CLASSIFICAÇÃO PARA INCAPACIDADES FÍSICAS
RESULTANTES DA LEPROa) *Mãos*

- 1.º grau — Analgesia.
- 2.º grau — Mãos em garra móveis. Polegar são.
- 3.º grau — Paralisia intrínseca, envolvendo dedos e polegar ou só os dedos, mas contraídos.
- 4.º grau — Absorção parcial dos dedos com a parte remanescente capaz de atividade.
- 5.º grau — Absorção total. Coto somente.

b) *Pés*

- 1.º grau — Analgesia.
- 2.º grau — Úlceras tróficas (atuais ou já curadas).
- 3.º grau — Paralisia (pé caído ou pé em garra).
- 4.º grau — Absorção parcial do pé (perda de mais de um terço da sola do pé).
- 5.º grau — Absorção total (perda de mais de um terço do pé).

c) *Face*

- 1.º tipo — Sinais indeléveis ou estigmas da lepra, sem aspecto feio (perda de sobrancelhas, deformidade da orelha).
- 2.º tipo — Colapso do nariz.
- 3.º tipo — Paralisia das pálpebras, incluindo lagoftalmia ou paralisia do nervo facial.
- 4.º tipo — Perda da vista em um olho ou diminuição da visão nas duas vistas (capaz de contar dedos).
- 5.º tipo — Cegueira.

d) *Diversos*

Tipo 1 — Ginecomastia.

Tipo 2 — Comprometimento da laringe.

Nota — Para fins de relatórios sugere-se que se discrimine se as condições sobre a, b e d.1 são unilaterais ou bilaterais.

Pesquisa

A Comissão recomenda que se façam estudos sobre a possibilidade, praticabilidade e métodos para prevenir e corrigir deformidades e sugere que se dê atenção ao seguinte:

- a) a natureza dos fatores de deformidades na lepra;

- b) fatores físicos e anatômicos responsáveis pela distribuição da paralisia e deformidades na lepra;
- c) os riscos da anestesia e a natureza da suscetibilidade particular dos membros comprometidos (alterações tróficas);
- d) delineamento de um programa prático para prevenção e correção de mutilações, aplicável especialmente às crianças menores nos países com alta prevalência e recursos médicos limitados;
- e) a utilidade da cirurgia plástica.

Finalidade dos leprosários

Os leprosários abrigam atualmente três classes de doentes: os admitidos para tratamento hospitalar ativo, os admitidos para reabilitação e logo desinternados e os casos residuais, internados por condições sociais em virtude de seu estado físico. As funções principais dessas instituições devem ser adaptadas para receber e tratar os casos ativos que requerem observação constante e especial atenção e prover as medidas para a reabilitação dos pacientes.

As instituições não governamentais devem ser convidadas a dedicar especial atenção ao problema da reabilitação, principalmente se contar entre o seu pessoal com elementos capacitados e com boa vontade para esta espécie de trabalho.

7. ENSINO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM LEPROLOGIA (EDUCAÇÃO SANITÁRIA)

Ensino e treinamento de pessoal médico

Instrução universitária. Em países onde a lepra é problema de saúde pública, deve-se ministrar o ensino da leprologia aos estudantes de medicina em aulas teóricas e práticas na cátedra de dermatologia e na de medicina preventiva. Ao fim do curso terão já observado suficiente número de doentes que os habilite a reconhecer as várias formas clínicas da moléstia. Devem também aprender os métodos mais simples de diagnóstico de rotina (teste de sensibilidade, teste lepromínico, esfregaços, colorações, etc.) e os métodos de terapêutica, inclusive o tratamento de reações.

Cursos rápidos, periódicos, para os médicos em geral — Em países onde a lepra é endêmica, esses cursos devem ser organizados periodicamente.

Cursos especiais para médicos que participarão da campanha contra a lepra — A duração desses cursos dependerá do conhecimento que os participantes já tenham sobre leprologia. Será mais curto para dermatologistas, sanitários ou médicos de clínica geral que trabalham em países de alta endemicidade. São preferíveis os cursos de tempo integral.

Esses cursos serão ministrados em instituições que disponham de material didático, facilidades de laboratório e número suficiente de doentes de lepra.

Cursos adiantados para médicos que já trabalharam em campanhas de lepra — A Comissão endossa as recomendações da Conferência Inter-Regional da OMS em Tóquio, 1958, e a Conferência de Lepra, em Brazzaville, África, 1959, e recomenda com empenho que a OMS organize, a intervalos convenientes, cursos em bases internacionais em instituições de lepra previamente escolhidas.

Ensino e treinamento do pessoal paramédico

O pessoal paramédico com melhores qualificações são os funcionários básicos de uma campanha em massa contra a lepra. Devem receber a devida instrução; a teoria por meio de preleções e a prática em treino intensivo. A duração dos cursos dependerá da base de instrução dos participantes e variará de um país para outro.

Alguns países preferem organizar cursos deste tipo para enfermeiras ou pessoal auxiliar do serviço de saúde, ou ambos; outros preferem pessoas não especializadas que tenham suficiente instrução geral.

O pessoal paramédico menos qualificado necessita limitada instrução teórica e poderá ser treinado em serviço, como assistentes do pessoal melhor qualificado.

Em países onde o problema da lepra é mais grave, o pessoal paramédico dos Centros de Saúde (inclusive parteiras) deve receber algum treinamento em leprologia.

Ensino e treinamento de trabalhadores sociais

Os trabalhadores sociais devem ser instruídos em leprologia pelo pessoal médico da campanha a fim de que possam cooperar eficientemente na educação sanitária da população.

Educação sanitária em leprologia

"Educação sanitária" é termo mais apropriado que "Propaganda". "Propaganda" sugere propósito de impor uma idéia ou conseguir aceitação geral, qualquer que seja seu valor; educação sanitária significa despertar a mente para pensar com acerto.

O preconceito contra a lepra tem raízes profundas e está associado à idéia de que é doença incurável, muito infecciosa e que, invariavelmente, produz mutilações.

Os objetivos da educação sanitária na lepra devem ser:

- a) convencer doentes e o público em geral da curabilidade da doença em sua fase precoce, especialmente antes que apareçam deformidades;
- b) demonstrar à sociedade que uma atitude mais liberal para com os doentes de lepra não prejudicará ninguém e que a reintegração deles na sociedade, mesmo quando haja deformidades, é necessária no terreno do sentimento comum de humanidade e no interesse da prossecução efetiva da campanha.

Todos os que tratam de doentes ou os que, de uma forma ou de outra, têm relações com eles, podem perceber que a lepra é uma doença transmissível que não difere, essencialmente, de qualquer outra. Na maioria das circunstâncias é, atualmente, menos contagiosa e é agora curável. Os médicos devem estar capacitados para reconhecer a doença em sua fase precoce e tratá-la ou encaminhar o doente para tratamento. Entretanto, se o trabalho de educação ficar limitado somente às relações normais dos médicos com os doentes, a divulgação dos conhecimentos será muito restrita.

O impacto principal com o público deve, necessariamente, ser realizado pelo pessoal paramédico e trabalhadores sociais, pois eles é que penetrarão nos lares dos doentes e do público em geral.

Se eles não acreditarem, realmente, que a lepra não é uma doença social, serão mal sucedidos em seu trabalho de educar os doentes e o público.

É condição que se deve exigir estarem eles próprios convencidos da veracidade dessas coisas para tomarem parte no programa geral.

O modo mais convincente para obter a confiança do público será demonstrando os progressos conseguidos no tratamento dos doentes, especialmente aqueles descobertos suficientemente cedo e curados.

Há certos pontos que devem ser ressaltados em tôdas as fases do programa de educação sanitária:

a) que é de vantagem para o indivíduo portador de qualquer lesão suspeita, submeter-se a exame por pessoa competente e

b) que é de vantagem para o doente seguir os conselhos sôbre tratamento regular e praticar o que lhe for determinado para evitar o desenvolvimento de incapacidades ou deformidades.

Êstes e outros elementos do programa de educação podem ser suplementados por preleções, artigos em jornais, palestras pelo rádio, exibição de cartazes hábilmente desenhados, panfletos, pequenos filmes e outros meios audiovisuais, atividades que serão realizadas com a colaboração dos técnicos em educação sanitária que estejam a par das condições locais.

8. CLASSIFICAÇÃO

A Comissão tomou nota da recomendação do VII Congresso Internacional de Leprologia realizado em Tôquio em 1958, de que, não havendo acôrdo a respeito das alterações propostas, a classificação formal adotada no Congresso precedente, em Madrid, em 1953, permanece inalterada, dependendo de estudos destinados a correlacionar as características clínicas com os achados histopatológicos. As definições de Madrid, de dois tipos polares, lepromatoso e tuberculóide e de dois outros grupos admitidos, indeterminado e borderline (dimorfo), deverão continuar em uso.

A Comissão concorda, positivamente, que a prioridade na classificação deve ser dada, como no passado, ao critério clínico (incluindo os achados bacteriológicos, quando seja possível realizar êsse exame). Julga também que se deve evitar mudanças radicais na classificação, de um congresso para outro. Isso causa completa confusão e neutraliza todo o esforço para se conseguir o uso universal da mesma terminologia. Por outro lado considera que a classificação é suscetível de melhoria nos seus detalhes e talvez também quanto ao número de formas que devam ser admitidas.

A Comissão lamenta que as considerações da proposta apresentada em Tôquio (principalmente a inclusão de dois outros "grupos" subordinados: maculo-anestésico e poli-neurítico puro — o último compreendendo reconsideração da posição de tôdas as lesões maculares simples) fôssem prejudicadas, de um lado, por falta de compreensão do que se constituiria, exatamente, êsses dois grupos, e de outro lado, de como a sua inclusão afetaria os princípios básicos da classificação. Recomenda-se que os defensores dessas modificações façam publicar seus pontos de vista e suas razões e os oponentes as suas objeções, com antecipação suficiente para que o assunto possa ser examinado a fundo antes do VIII Congresso Internacional a se realizar no Brasil em 1963.

A Comissão manifesta sua preocupação a respeito da confusão surgida nos últimos anos pelo emprêgo dos têrmos "dimorfo" e "borderline" incluindo macular e neurítico a casos não abrangidos pela descrição do grupo "borderline" (dimorfo) na classificação de Madrid. Recomenda-se sejam respeitadas as decisões de Tôquio sôbre êste assunto e que, enquanto não se aprovar em Congresso a alteração da classificação vigente, apliquem-se têrmos diferentes e distintos às variedades de lepra que se julgue não terem entrado na classificação de Madrid.

Foi feita uma nota sôbre a recomendação da Comissão de Classificação de Tôquio no sentido de se apelar à OMS para que dê os passos necessários à solução dos problemas atuais de classificação, antes do próximo congresso internacional

9. PESQUISA DE LEPROSA

A lepra é uma das doenças cujo bacilo não foi ainda possível cultivar ou transmitir a um animal experimental.

Se pudermos alcançar um desses objetivos, bem próximos estaremos da solução de muitos problemas. As investigações devem ser realizadas também em outras direções.

Esta Comissão, portanto, recebe com prazer o interesse na pesquisa de lepra demonstrada pela XII Assembléia Mundial de Saúde.

10. LEGISLAÇÃO

A Comissão endossa, sem reservas, as opiniões das últimas Conferências, de que a lepra deve ser situada na mesma categoria das outras moléstias transmissíveis e assim considerada pelas autoridades de saúde. As leis especiais em desacordo com esses princípios precisam ser revogadas.